



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

TRẺ SƠ SANH: 2-4 TUẦN

PHỤ HUYNH ĐIỀN VỀ ĐÚA TRẺ	TÊN ĐÚA TRẺ		NGƯỜI ĐÚA ĐÚA TRẺ ĐẾN KHÁM:	NGÀY SANH																																		
	CÁC DỊ ỨNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI																																			
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỎ NGẠI/QUAN TÂM TỪ KHI MỚI SANH			HÔM NAY TÔI CÓ THẮC MẮC VỀ:																																		
	CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi ngủ ngon. CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi ăn và bú giỏi. CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi biết nghe.		CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi biết nhìn vào mặt tôi. CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Khi khóc, con tôi muốn được dỗ nín bằng cách có người nói chuyện hoặc được bế. CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Tôi không thường có những lúc buồn chán.																																			
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____ Elimination _____ Sleep _____ <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Newborn Screen: (PKU) <input type="checkbox"/> Other: _____																																		
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Development: Circle area of concern Adaptive/Cognitive Language/Communication Gross Motor Social/Emotional Fine Motor Behavior Mental Health																																				
Screening: Hearing <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Vision <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Health Education: (Check all discussed/handouts given) <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Sleeping on back <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome <input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding/colic <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Passive Smoke <input type="checkbox"/> No bottle in bed <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Maternal Depression <input type="checkbox"/> Other: _____																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Physical: General appearance <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Skin <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Head/Fontanelle <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Eyes/Red Reflex <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Ears <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Nose <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Oropharynx <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Neck <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Nodes <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Lungs <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Cardiovascular/Pulses <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Abdomen <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Genitalia <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Spine <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Extremities/Hips <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____ Neurologic <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> _____			<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Describe abnormal findings and comments: _____ _____ _____ _____ _____																																						
IMMUNIZATIONS GIVEN																																						
REFERRALS																																						
NEXT VISIT: 2 MONTHS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME																																			
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS																																			

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2-4 weeks)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Hearing Screen

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus, or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, the Denver II, or other developmental screen.

Yes No

- Regards face.
- Lifts head while prone.
- Moves extremities equally.
- Mother responds to infant cues.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



KHÁM TRẺ KHỎE MẠNH - TRẺ SƠ SANH: 2-4 TUẦN

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS

(Đáp Ứng Chỉ Tiêu EPSDT)

NGÀY _____

TRẺ SƠ SANH: 2-4 TUẦN

PHỤ HUYNH ĐIỂN VỀ ĐÚA TRẺ	TÊN ĐÚA TRẺ		NGƯỜI ĐÚA ĐÚA TRẺ ĐẾN KHÁM:	NGÀY SANH
	CÁC DỊ ỨNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI	
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỞ NGẠI/QUAN TÂM TỪ KHI MỚI SANH			HÔM NAY TÔI CÓ THẮC MẮC VỀ:
	CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi ngủ ngon. CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi ăn và bú giỏi. CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi biết nghe.		CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi biết nhìn vào mặt tôi. CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Khi khóc, con tôi muốn được dỗ nín bằng cách có người nói chuyện hoặc được bế. CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Tôi không thường có những lúc buồn chán.	
CÂN NẶNG KG./OZ. SỐ BÁCH PHÂN	CHIỀU CAO CM/IN. SỐ BÁCH PHÂN	VÒNG ĐẦU SỐ BÁCH PHÂN	Chế độ ăn uống _____ Bài tiết _____ Ngủ _____ <input type="checkbox"/> Xét Lại Hồ Sơ Chích Ngừa <input type="checkbox"/> Khám Truy Tầm Cho Trẻ Sơ Sinh: (PKU) <input type="checkbox"/> Điều Khác _____ Giáo Dục về Y Tế: (Đánh dấu vào tất cả những phần đã thảo luận/đã đưa tài liệu)	
<input type="checkbox"/> Xét lại các hệ thống <input type="checkbox"/> Xét lại quá trình gia đình		<input type="checkbox"/> Kế Hoạch Hóa Gia Đình <input type="checkbox"/> An Toàn <input type="checkbox"/> Ngủ nằm ngửa <input type="checkbox"/> Phát Triển <input type="checkbox"/> An Toàn Trong Nôi <input type="checkbox"/> Hội Chứng Lắc Em Bé <input type="checkbox"/> Gắn Gối Với Trẻ Sơ Sanh <input type="checkbox"/> Cho ăn uống/bị đau bụng <input type="checkbox"/> Bị Nóng Sốt <input type="checkbox"/> Hít Khói Thuốc <input type="checkbox"/> Không cho bú bình khi ngủ <input type="checkbox"/> Giữ trẻ <input type="checkbox"/> Car Seat Thích Hợp <input type="checkbox"/> Chán Nán Khi Làm Mẹ <input type="checkbox"/> Lớp Khác: _____		
Khám truy tầm: Nghe Bình thường Không bình thường Nhìn <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Vận Động Khéo Léo Tính hạch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tình Trạng Tâm Thần <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Phát triển: Khoanh tròn những phần quan ngại Thích nghi/Nhận thức Ngôn ngữ/Giao tiếp Vận Động Thường Giao tế/Xúc cảm		Vận Động Khéo Léo Phổi Ngực Tim/Mạch Bụng Cơ Quan Sinh Dục Xương sống Chân tay/Hông Thần kinh		
Mô tả các khám phá bất thường và ghi chú: _____ _____ _____ _____				
ĐÃ CHỨNG NGỪA				
GIỚI THIỆU				
LẦN KHÁM KẾ TIẾP: LÚC 2 THÁNG			TÊN NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE	
CHỮ KÝ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE			ĐỊA CHỈ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE	

Sức Khỏe của Em Bé Quý Vị Lúc 2 Tuần

Các Điểm Mốc

Những cách em bé của quý vị phát triển trong khoảng từ 2 tuần đến 2 tháng.

Nhìn vào mặt của quý vị khi quý vị bế em, nhìn theo quý vị khi quý vị di chuyển.

Lắng nghe tiếng nói của quý vị.

Em bé báo cho quý vị biết bằng cách giật mình, chớp mắt, hoặc khóc.

Cử động tay và chân, cố gắng ngóc đầu dậy khi nằm sấp.

Báo cho quý vị biết em đang cần quý vị bằng cách cátu gắt hoặc khóc.

Quý vị có thể giúp cho em bé của quý vị học hỏi những điều mới bằng cách chơi đùa với em.

Muốn Được Giúp hoặc Biết Thêm Tin Tức

Muốn tìm bác sĩ hoặc xin bảo hiểm sức khỏe miễn phí hay giám giá cho con em của quý vị: Đường Dây về Tin Tức và Giới Thiệu của Healthy Mothers, Healthy Babies là 1-800-322-2588 (tiếng nói) hoặc 1-800-833-6388 (Tiếp Âm TTY)

Tin tức về sữa mẹ, thức ăn, và sức khỏe: Chương Trình Women, Infant, Children (WIC) gọi cho Đường Dây về Tin Tức và Giới Thiệu của Healthy Mothers, Healthy Babies (số điện thoại có ghi ở trên)

An toàn về car seat: Liên Minh Bảo Vệ An Toàn, 1-800-BUCK-L-UP (tiếng nói) hoặc 1-800-833-6388 (Tiếp Âm TTY)

Khả Năng hoặc Hỗ Trợ về Nuôi Con: Đường Dây Giúp về Gia Đình, 1-800-932-HOPE (4673) Family Resources Northwest, 1-888-746-9568 Các Lớp Học Ở Trường Cao Đẳng Cộng Đồng Địa Phương

Các Chỉ Dẫn về Sức Khỏe

Học để biết khi nào em đòi bụng, để quý vị cho em bú trước khi em khóc. Em có thể cátu gắt hoặc dựa đầu vào người quý vị khi quý vị bế em.

Sữa mẹ là nguồn thức ăn tốt nhất cho em bé, vì vậy hãy cho em bú sữa mẹ ít nhất là trong năm đầu tiên. Nên tiếp tục cho em bú sữa mẹ càng lâu càng tốt.

Nếu quý vị cho em bú sữa bình, hãy bế em khi cho em bú. Em bé của quý vị cần thời gian quý báu này với quý vị.

Chích ngừa sẽ giúp cho em bé của quý vị không mắc vào 12 chứng bệnh nguy hiểm. Phải chắc chắn rằng em được chích ngừa đủ mọi liều thuốc đúng thời hạn.

LUÔN LUÔN để em bé nằm ngửa khi ngủ nhằm giảm bớt Tình Trạng Trẻ Sơ Sanh Chết Bất Thình Lình (SIDS). Cũng nên tránh để những đồ trại giường mềm mỏng hoặc đồ chơi nhồi bông chung quanh nôi của em.

Đừng để cho em bé của quý vị đến gần những người bị cảm và ho. Hãy chắc rằng những người bồng bế hoặc trông coi em phải rửa tay thường xuyên.

Các Chỉ Dẫn về Nuôi Con

Món quà cho em bé của quý vị là sự lưu tâm của quý vị. Dùng nhiều thời gian để bồng ẵm em, nhìn vào mắt của em, nói nhỏ nhẹ với em. Em bé của quý vị có thể nhìn và nghe được quý vị. Em đang học ở nơi quý vị!

Em bé của quý vị đang cátu gắt và khóc là em muốn cho quý vị biết em đang cần gì. Dỗ dành em khi em khóc. Bồng bế em sẽ không làm cho em bị hu.

Các Chỉ Dẫn về An Toàn

Mỗi khi chở em trên xe, nên để car seat quay về phía sau. Để em ở ghế sau và cột dây an toàn, đừng để gần túi hơi (air bag).

KHÔNG BAO GIỜ được xóc em bé của quý vị. Xóc em bé có thể gây thiệt hại nghiêm trọng đến óc. Phải chắc rằng người nào trông coi em biết rõ về điều này.